Felix Moreira Machado

THESE

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

Da extirpação da glandula sub-maxillar

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 4 de Novembro de 1895

PARA SER SUSTENTADA POR

Alberto Felix Moreira Machado

NATURAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Afim de obter o gráo de doutor em medicina

RIO DE JANEIRO

Typ. de CARLOS GASPAR DA SILVA, Successor de Moreira Maximino & C. e da Papelaria e Impressora

113 — RUA DA QUITANDA — 113

1895

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga
VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Doutores :

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prévost	Histologia theorica e pratica.
....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica e comparada.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2.ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica — 1.ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynocologica.
....	Clinica ophtalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2.ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1.ª cadeira

LENTES SUBSTITUTOS

Doutores :

1ª secção	....
2ª »	....
3ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Bernardo Alves Pereira.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA PARTE

ANATOMIA

A grandula sub-maxillar, de cada lado, acha-se situada na região supra-hyoidéa lateral, da qual occupa grande parte e da qual é o orgão principal.

Coberta pela pelle e pelo musculo cuticular, ladeada, em parte, pelo musculo stylo-hyoideo e pelos ventres anterior e posterior do digastrico e assestada sobre os musculos mylo-hyoideo e hyo-glosso, ella acha-se, no entretanto, apenas em contacto mediato com estes orgãos, porque d'elles a separa a aponevrose cervical superficial que a circumda por todos os lados, constituindo para ella e para os ganglios lymphaticos que a cercam uma loja fibrosa.

Com effeito, a aponevrose cervical superficial, que, aliás, é muito variavel individualmente e que cobre a face externa da glandula, emitte uma folha profunda que forra a face interna da mesma glandula e que vai reunir-se á aponevrose que lhe deu origem, em baixo, no osso hyoide e, em cima, ao nivel do maxillar inferior.

São essas duas folhas aponevroticas, das quaes uma é emanação da outra, que, circumscrevendo completamente a grandula em questão, para ella formam uma loja especial, de modo a isolal a dos orgãos visinhos.

Se na attitude normal da cabeça, em que a glandula sub-maxillar se occulta sobre o corpo do maxillar inferior, ella é perfeitamente sentida pela apalpação, no estado de extensão mais per-

ceptivel se torna, podendo-se mesmo, á simples inspecção se observal-a, quando um processo inflammatorio ou hyperthrophico n'ella se assesta.

A glandula sub-maxillar, pela sua importancia physiologica, só por si bastava para tornar importante a região em que ella existe; outros orgãos, porém, importantes tambem, se não pertencem exclusivamente a esta região por ella passam e mantem com a glandula de que nos occupamos relações mais ou menos intimas.

Antes de fallar n'esses orgãos, devemos referir aquelles que habitam a mesma loja em que se acha a glandula e que lhe fazem companhia.

Queremos fallar do ganglio nervoso sub-maxillar e dos ganglios lymphaticos, que se acham em contacto immediato com o tecido glandular e que são em numero variavel de individuo para individuo.

Esses ganglios, quando tumefeitos, engorgitados, cobrem a glandula e formam na região supra-hyoidéa um volume tão bem circumscripto que póde ser tomado pelo da propria glandula.

Recebendo os vasos lymphaticos que partem da pelle da fronte, do nariz e dos labios, assim como os da face e os das gengivas inferiores, elles se engorgitam sempre que um tumor epithelial ou que qualquer inflammação se acha assestada n'estas diversas regiões. Na erysipela da face é um phenomeno constante.

Falemos agora dos orgãos que passam pela região supra-hyoidéa lateral e que, portanto, se acham em relação com a glandula submaxillar.

D'estes orgãos, os mais importantes são os vasos e os nervos, os quaes constituem o inimigo contra o qual o cirurgião deve estar sempre prevenido, quando estiver operando n'essa região.

Os vasos são em numero de quatro: a arteria e a veia faciaes, a arteria e a veia linguaes.

A arteria facial, ramo da carotida externa, passando por cima do ventre posterior do digastrico e do stylo-hyoideo, penetra na região supra-hyoidéa pela parte posterior da glandula, dirige-se para cima,

e depois torna-se horizontal ao nivel da face superior e interna da mesma glandula, sobre a qual cava uma gotteira.

Esta arteria, depois de dar muitos ramos collateraes, dentre os quaes se destaca, como mais importante, o sub-mental, dirige-se para cima, atravessando o maxillar inferior ao nivel do bordo anterior do masseter. A veia facial acompanha a arteria, a cruza e se vae lançar na jugular interna, depois de ter se reunido á lingual.

A arteria e a veia linguaes affectam na região supra-hyoidéa uma disposição que o cirurgião especialmente tem necessidade de conhecer.

Esses dous vasos, posto sigam uma direcção parallela, não são, entretanto, contiguos n'essa região e sim separados um do outro pelo musculo hyo-glosso, sendo a veia que se acha em contacto com a face externa do musculo, isto é, com a que olha para a região supra-hyoidéa e sendo, portanto, dos dous vasos o que se acha em um plano mais superficial. Muitas vezes, além d'essa veia lingual superficial, existem, acompanhando a arteria, outras em numero variavel.

A veia lingual superficial torna-se muito manifesta, não só pela sua situação, como pelo facto de ser acompanhada por um nervo importante como o hypo-glosso — o 12.° par craneano.

O ponto de reparo para a descoberta da arteria lingual, n'um caso de ligadura, é um triangulo, cuja area é occupada pelo musculo hyo-glosso, sobre o qual se acha, em parte, collocada a glandula sub-maxillar, cuja base é superior e constituida pelo nervo grande hypo-glosso, cujo lado anterior é formado pelo bordo posterior do musculo mylo-hyoideo e cujo lado posterior é dado pelo ventre posterior do digastrico. Na ligadura d'essa arteria, é necessario attenção, porque póde-se tomal-a por um ramo que d'ella se desprende — o sub-lingual e que nasce, ás vezes, na região supra-hyoidéa.

Quanto aos nervos d'essa região, além do hypo-glosso, já referido, ainda existe o nervo lingual, ao qual está adherente o ganglio sub-maxillar. Estes dous nervos situados ambos na face externa do musculo hyo-glosso, ahi formam um plexo anastomatico.

Dous outros nervos encontram-se mais n'essa região: o ramo mylo-hyoideo do nervo dentario inferior, que, atravessando a região obliquamente, vai innervar o musculo mylo-hyoideo e o ventre anterior do digastrico e o nervo glosso-pharyngeo, collocado em cima e atraz da região.

Estudada a glandula sob o ponto de vista da anatomia topographica, isto é, em suas relações com os orgãos que a circumvisinham, passemos a estudal-a isoladamente, sob o ponto de vista da anatomia descriptiva.

A glandula sub-maxillar, collocada em baixo e para dentro da mandibula, tem um volume menos consideravel e menos variavel que o da parotida e um peso que, em média, não excede de 7 a 8 grammas.

Devido a sua fórma triangular, posto que irregular, podemos consideral-a como tendo 3 faces: uma superior, uma infero-externa e outra interna.

A face superior é a que corresponde á face interna do corpo do maxillar, ao nivel da fosseta sub-maxillar. É sobre esta face que existem os ganglios sub-maxillares em numero de 8 a 10, dispostos mais ou menos em linha recta e com dimensões que differem muito. Sobre esta face passam a arteria e a veia sub-mentaes, que a percorrem em toda a extensão.

A face infero-externa, que tem uma forma convexa e que é mais extensa do que a precedente, acha-se em relação com as camadas superficiaes que a cobrem, isto é, com a pelle, com a camada de tecido cellulo-gorduroso, cuja espessura varia individualmente, com o musculo cuticular e com a aponevrose superficial. Posteriormente, esta face ainda está em relação com a veia facial que a percorre obliquamente.

A face interna mantem relações inferiormente com o tendão do digastrico e com o musculo stylo-hyoideo, superior e posteriormente

com o musculo hyo-glosso, com o nervo hypo-glosso e com a veia lingual e superior e anteriormente com o musculo mylo-hyoideo.

D'esta face partem dous prolongamentos, dos quaes um se dirige para diante e outro para traz.

O prolongamento anterior, ás vezes, bastante consideravel, tem a fórma d'uma lingueta. — Méde 15 a 20 centimetros de extensão; está em relação em baixo com o mylo-hyoideo, em cima com o musculo lingual inferior e com o conducto excretor da glandula, do qual segue a direcção e encaminha-se para a glandula sub-lingual, em cuja extremidade posterior termina.

O prolongamento posterior, que o professor Sappey foi o primeiro a descrever, é muito variavel em suas dimensões, o que até certo ponto explica o ter passado despercebido aos outros anatomistas.

Quando bem desenvolvido, elle se dirige a principio para cima, depois para traz, indo terminar ao nivel do ultimo grosso molar inferior; quando rudimentar se compõe apenas de alguns lobulos subjacentes á mucosa do soalho da bocca.

Das duas extremidades que a glandula apresenta, a anterior tem uma forma arredondada e acha-se em relação com o ventre anterior do digastrico: a posterior é cavada por uma sulco sinuoso, onde se aloja a arteria facial e relaciona-se com o pterygoideo interno e com a extremidade inferior da parotida, da qual é separada por um septo fibroso constituido á custa da aponevrose cervical.

Do conducto excretor.—Este conducto, tambem chamado canal de Wharton, nasce da parte posterior da face interna da glandula e se dirige em direcção obliqua para cima, para diante e para dentro até o freio da lingua, onde, chegando, muda de direcção, encaminhando-se directamente para diante e indo se abrir no cume d'um pequeno tuberculo — *ostiulum umbilicale* — que se reune ao do lado opposto.

Tem uma extensão de 4 a 5 centimetros e um diametro que é mais consideravel que o do canal de Stenon e que varia de 2 a 3

millimetros. O calibre relativamente consideravel d'esse canal contrasta com as suas paredes delgadas e extensiveis. Foi baseado n'esses dados anatomicos que durante muito tempo acreditou-se que a ranula tinha por ponto de partida o canal de Wharton.

Este canal acha-se, a principio, situado entre os musculos mylo-hyoideo e o lingual inferior; depois entre este ultimo e o genio-glosso d'um lado e a glandula sub-lingual do outro. Chegando ao freio da lingua, elle torna-se sub-mucoso n'uma extenção de 3 a 4 millimetros e reune-se ao do lado opposto. Em todo seu percurso, acha-se em relação com o nervo lingual.

Tratemos agora da vascularisação propria da glandula.

De duas fontes provém as arterias que alimentam a glandula sub-maxillar: da facial que lhe fornece 2 ou 3 ramos relativamente calibrosos e da sub-mental, que, passando sobre a sua face externa, lhe envia sempre um certo numero de ramos. Esses vasos se ramificam na espessura da glandula, se anastomosam de modo que formam ricas redes capillares.

Rowalewsky distingue na sub-maxillar e, em geral, em todas as glandulas salivares, as arterias dos acini e as dos canaes excretores, sendo as primeiras mais largas e muito mais resistentes.

As veias que emanam da glandula lançam-se, umas na veia sub-mental e outras no tronco da veia facial.

Os lymphaticos são ainda mal conhecidos.

SEGUNDA PARTE

PHYSIOLOGIA

A glandula sub-maxilar é uma glandula acinosa composta, que, como as suas congeneres, é encarregada pelo organismo de secretar saliva, de que elle tem necessidade para realizar um dos actos da digestão.

Se é verdade que as tres grandes glandulas salivares têm o mesmo encargo physiologico, é tambem verdade que ellas se desobrigam d'essa tarefa, fabricando saliva, que, por isso mesmo que não é identica sob tobos os pontos de vista, melhor se presta ao fim a que é destinada.

É uma noção hoje não mais contestada que a saliva secretada pelas glandulas salivares differe, quer em seus caracteres physicos e chimicos, quer em relação ao modo pelo qual cada uma d'ellas intervem no acto da digestão.

Estudemos comparativamente essas tres especies de saliva, sob aquelle triplo ponto de vista.

Caracteres physicos. — A saliva secretada pela glandula parotida é muito liquida, alcalina e a sua densidade é 1006; a da submaxillar é viscosa, alcalina e apresenta uma densidade egual a 1003; a da sub-lingual é muito espessa e viscosa e analoga á das glandulas mucosas que, em grande quantidade, se acham disseminadas pela cavidada buccal.

Caracteres chimicos. — A saliva parotidiana encerra como substancias organicas a ptyalina, uma pequena quantidade d'uma substancia albuminoide egual a globulina, um pouco de uréa, traços d'um acido volatil, cuja natureza não está ainda determinada, mas que suppõe-se ser o caproico e sulfo-cyanureto de potassio. Esta saliva não encerra mucina e é esta a razão porque ella não é viscosa, como as outras.

Os elementos inorganicos são representados pelo carbonato de calcio, que se precipita sendo a saliva exposta ao ar e que se acha no estado de bicarbonato soluvel, por chlorureto de potassio e de sodio, por phosphatos de potassio, de sodio e de calcio e por traços de sulfatos alcalinos.

A saliva sub-maxillar encerra mucina, ptyalina em menor quantidade que a precedente, sulfo-cyanureto de potassio e os mesmos saes inorganicos já citados.

A saliva sub-lingual, que é ainda pouco conhecida, encerra muita mucina, razão porque é muito espessa e viscosa, um pouco de sulfo-cyanureto e saes inorganicos.

Caracteres physiologicos. — Cada uma d'esses tres especies de saliva se incumbe d'uma parte do trabalho digestivo que se passa na cavidade buccal.

Assim, a saliva da parotida é destinada a auxiliar a mastigação, e é esta a razão, diz Claude Bernard, pela qual esta glandula não existe senão nos animaes que tem dentes para triturar os alimentos.

A saliva sub-maxillar é encarregada de auxiliar o phenomeno da gustação. Experimentalmente, o melhor meio de provocar a secreção d'esta saliva é collocar sobre a lingua um corpo sapido, o qual excita a actividade glandular, por meio d'um acto reflexo, cujo mechanismo mais adiante estudaremos.

A anatomia comparada revelando a ausencia d'essa glandula nos animaes em que a gustação não se exerce, prova o fim especial a que se destina a sua saliva.

A saliva sub-lingual, como a das glandulas mucosas, intervem

na digestão, agglutinando os elementos do bolo alimentar, lubrificando-o e facilitando, d'esta arte, o seu escorregamento para o conducto pharyngo-œsophagiano e por este até o estomago.

Essa descriminação no modo d'agir de cada uma das salivas, que, com um methodo admiravel, repartem entre si o trabalho que lhes é commettido no acto da digestão, foi descoberta e concludentemente demonstrada por Cl. Bernard por meio de experiencias e de argumentos que ninguem hoje contesta.

Physiologistas houve, entretanto, que se oppuzeram a essas verdades e que negaram que os tres factos que na cavidade buccal a digestão accasiona estivessem cada um d'elles sob a dependencia d'uma saliva differente.

Entre esses physiologistas merece ser citado Longet, que chegou a conclusões contrarias ás de Cl. Bernard.

As objecções, porém, de Longet se acham infirmadas pela observação e por experiencias physiologicas irrefutaveis.

É da mistura d'essas tres salivas diversas, que resulta a saliva mixta, encontrada de modo permanente na cavidade buccal. Esta saliva é alcalina, como as que entram em sua composição, posto que de manhã em jejum possa apresentar-se acida,—acidez que é devida a productos de decomposição dos alimentos que ficam depositados nos dentes.

Das substancias contidas na saliva duas merecem uma menção especial: a ptyalina e o sulfo-cyanureto de potassio.

A primeira, substancia azotada, pertencente á classe dos fermentos soluveis, tem a propriedade de actuar sobre o amido transformando-o em glucose. É das substancias que entram na composição da saliva a mais importante, porque é a que imprime ao alimento a primeira modificação d'entre as muitas que elle soffre até ser integrado ao organismo.

O sulfo-cyanureto, cuja presenca na saliva foi contestada por alguns physiologistas, e entre estes por Cl. Bernard, que procurou explicar a sua presença pelo estado cariado dos dentes, está hoje admittido como existindo normalmente na saliva, para o que muito

concorreram as importantes experiencias feitas por Longet e que o autorizaram a chegar ás seguintes conclusões:

1.ª o sulfo-cyanureto existe normal e constantemente na saliva do homem;

2.ª É encontrado não só na saliva mixta, como na secretada pelas tres principaes glandulas salivares;

3.ª A sua presença caracterisa a saliva, porque os outros liquidos organicos, taes como o suor, a urina, as lagrimas, o liquido cephalo-rachidiano, o serum do sangue e a serosidade proveniente dos vesicatorios, nunca revelam traços d'esta substancia;

4.ª O estado são ou doente dos dentes nenhuma influencia exerce sobre a presença ou abundancia d'esse producto, que foi encontrado em pessôas inteiramente desprovidas d'esses instrumentos de mastigação.

A opinião mais acceitavel ácerca do papel que esta substancia exerce na saliva é a de Florain, que diz que o sulfo-cyanureto actua como antiseptico, oppondo-se ás fermentações do liquido salivar.

Voltemos agora a nos occupar da glandula sub-maxillar, em particular, estudando as diversas causas que influenciam a sua secreção e o modo d'agir d'essas causas.

A glandula sub-maxillar funcciona d'uma maneira continua, concorrendo com o seu producto de secreção para manter sempre uma certa quantidade de saliva na cavidade buccal.

Nem mesmo durante o somno esta funcção se detém, sobretudo na glandula que estudamos e na sub-lingual, sendo esta a razão porque muitas pessôas, principalmente as crianças, quando dormem, perdem uma certa porção d'esse succo auxiliador da digestão. Das tres grandes glandulas salivares só a parotida parece suspender a sua funcção durante o intervallo da digestão e trabalhar, portanto, d'uma maneira intermittente.

A actividade funccional da glandula sub-maxillar, assim como das suas congeneres, póde ser estimulada por causas diversas.

Entre estas, destaca-se a mastigação dos alimentos, durante a qual é abundante a quantidade de saliva secretada, traduzindo uma grande actividade dos orgãos que a produzem.

As excitações gustativas dadas por substancias acidas ou amargas, como, por ex., o vinagre, fazem apparecer instantaneamente uma grande quantidade de saliva na cavidade receptôra d'este liquido.

As impressões visuaes e olfactivas exercem uma acção semelhante.

A vista d'alguem que morde uma maçã verde ou um limão inunda a bocca de saliva.

O perfume d'um alimento produz um effeito egual. Magendie cita o caso d'um individuo, no qual essas impressões determinavam um jacto de saliva que era projectado a alguma distancia.

As impressões moraes augmentam ou diminuem, segundo a sua natureza, a secreção do liquido salival.

Esta secreção parece estar intimamente ligada á do succo gastrico.

Uma impressão sapida provoca simultaneamente estas duas secreções, assim como a introducção d'alimentos no estomago, sem que seja preciso dispertar o sentido do gosto.

Sobre cães portadores de fistulas gastricas, Frerichs provocou um abundante fluxo de saliva, introduzindo no estomago d'esses animaes alimentos e particularmente sal commum. Estas experiencias de Frerichs foram reproduzidas no homem, observando-se o mesmo resultado.

Verneiul apresentou á Academia de Medicina de Paris um moço, no qual havia praticado a gastrotomia e que sentia a saliva affluir á bocca no momento em que o alimento lhe era introduzido no estomago pela abertura estomacal.

Esta correlação evidenciada por factos multiplos se observa tambem em certos casos pathologicos.

O estado febril que occasiona a diminuição e até mesmo a suspensão do exercicio da secreção salivar, produz tambem uma diminuição do succo gastrico e altera, por isto, as funcções digestivas.

Esta correlação existente entre a secreção salivar e a gastrica é sobretudo manifesta na glandula sub-maxillar.

Quando se excita mechanica ou galvanicamente o pneumogastrico intacto ou a sua extremidade superior, quando seccionado, produz-se simultaneamente as secreções sub-maxillar e estomacal.

Até mesmo as qualidades physicas dos alimentos tem acção variavel sobre a quantidade de saliva secretada, tendo-se observado que as substancias seccas, pulverulentas provocam uma quantidade de liquido salivar muito maior que as substancias molles e aquosas.

Todas estas variações da actividade funccional das glandulas estão evidentemente sob a dependencia do systema nervoso. Ha uma ligação estreita entre os nervos e a secreção salivar, assim como entre as secreções, em geral.

Esta dependencia foi muito bem estudada n'estes ultimos tempos, muito contribuindo os resultados experimentaes a que se chegou para esclarecer o mechanismo physiologico das secreções.

É esta influencia exercida pelos nervos sobre as glandulas que vamos estudar.

Os nervos das glandulas salivares são de duas ordens: uns que vem do grande sympathico e acompanham os vasos e outros que emanam do cerebro e vão ter directamente ás glandulas.

Os primeiros são denominados vasculares e os segundos glandulares.

Alem d'esses nervos que vão ter ás glandulas, ha outros, principalmente constituidos por filetes do trigemeo e do glosso-pharyngeo, que são os portadores das excitações, que da mucosa buccal, vão ter aos centros da acção salivar, e que n'elles reflectindo-se, são transmittidas ás glandulas pelos nervos que a ellas vão ter.

O nervo cerebral da glandula sub-maxillar é um filete que se destaca da corda do tympano, designado pelo nome de tympanico-lingual.

A acção nervosa estudada isoladamente sobre as differentes glandulas salivares, conduziu a resultados muito interessantes, que dão conta, d'uma maneira satisfactoria, da maior parte dos phenomenos physiologicos observados na secreção salivar.

De ha muito se conhecia a acção das impressões gustativas e Mitscherlich tinha observado em 1837 o augmento da saliva parotidiana durante os movimentos de mastigação em um homem que era portador d'uma fistula do conducto de Stenon.

Sabia-se que o systema nervoso intervinha na secreção, mas acreditava-se que sua influencia se limitava ao mechanismo da excreção. Não se suspeitava que os phenomenos physico-chimicos fossem dependentes da acção nervosa. Stilling, pela primeira vez, em 1841, observou que, em consequencia de certas irritações dos nervos, produzia-se uma injecção vascular das glandulas, que elle attribuia a uma estase devida a contracção das pequenas veias efferentes.

Claude Bernard observou que no estado de repouso a glandula sub-maxillar não secreta sensivelmente e que o sangue venoso sahido d'esta é de côr negra, ao passo que sendo excitada a sua sensibilidade gustativa por meio d'uma substancia sapida, o sangue é vermelho, como o arterial, ao mesmo tempo que a secreção é activada.

Dos trabalhos de Ludwig, Cl. Bernard e Schiff resulta que, cortando-se os filetes nervosos do grande sympathico que vão ter á glandula sub-maxillar e que provem do ganglio cervical superior, o sangue atravessa esse orgão sem mudar de côr, conservando a que lhe é propria e as veias tornando-se turgescentes. Por outro lado, galvanisando-se a extremidade do nervo que vae ter á glandula, o sangue que sahe d'esse orgão é negro e corre lentamente.

Esta excitação póde ir mesmo até interromper quasi completamente o curso do sangue na glandula. O grande sympathico intervem, portanto, como se vê na secreção das glandulas salivares.

D'estas experiencias se póde concluir que o estado de repouso

da glandula e a excitação de seus nervos sympathicos lhe creiam condições semelhantes, traduzindo-se pela raridade do producto de secreção, pela diminuição da circulação do orgão e pela côr negra do sangue que d'elle sahe.

Os nervos glandulares cerebraes tem uma acção opposta á dos nervos vasculares, dos quaes são antagonistas. Foi particularmente sobre a glandula de que nos occupamos que melhor se estudou esta acção.

O nervo cerebral da glandula sub-maxillar, como já anteriormente dissemos, é representado por um filete que se destaca da corda do tympano, designado pelo nome de tympanico-lingual. Quando se excita este nervo, vê-se immediatamente o sangue venoso tornar-se cada vez mais vermelho e rutilante, e observa-se, ao mesmo tempo, uma actividade circulatoria muito grande, que foi calculada por Cl. Bernard como sendo quatro vezes maior que no estado de repouso da glandula.

Com essa dilatação activa dos vasos ha augmento de pressão sanguinea, transudação mais abundante das partes liquidas do sangue e, por conseguinte, acceleração e augmento da secreção salivar.

Quando se instilla um pouco de vinagre na bocca o mesmo phenomeno se produz, porque a impressão gustativa transmittida aos centros nervosos se reflecte pela corda do tympano, que actua, então, sobre a glandula como se ella fosse galvanisada.

Cortando-se a corda do tympano, no momento em que ella se separa do lingual, o sangue venoso torna-se negro e a secreção é suspensa, não obstante a instillação do vinagre. A impressão gustativa existe, mas o conductor da reflexão foi interrompido.

O sympathico e a corda do tympano são, portanto, dous nervos antoganistas, e segundo Cl. Bernard póde-se considerar o primeiro como o constrictor dos vasos da glandula e o segundo como o dilatador.

É por meio d'essa dupla acção que esses nervos regulam a circulação da glandula e, por conseguinte, a secreção.

Não obstante o antagonismo dos nervos dilatadores e constrictores, a excitação d'essas duas ordens de nervos occasiona a producção da saliva, como já o dissemos: mas o liquido secretado tem propriedades differentes, segundo provém da acção preponderante do sympathico ou da corda do tympano.

A saliva sub-maxillar provocada pela excitação da corda do tympano é clara, limpida, d'uma alcalinidade muito pronunciada, apresenta uma densidade relativamente fraca, porque não contem senão 12 a 14 % de principios solidos e não possue nenhum elemento morphologico em suspensão.

A saliva resultante da excitação do sympathico é opaca e de tal modo viscosa que com difficuldade escorre do vaso em que estiver contida; sua densidade é maior: é rica em corpos solidos e contém um grande numero de elementos morphologicos. A reacção da saliva do sympathico é alcalina como a da corda do tympano, mas contém grande proporção de mucina.

Centro nervoso. — Os centros nervosos das differentes glandulas salivares não são ainda bem conhecidos. Em relação á glandula sub-maxillar, Cl. Bernard suppoz ter demonstrado que o ganglio sub-maxillar podia servir de centro a sua secreção.

Este facto foi mesmo invocado para se affirmar que os ganglios do grande sympathico funccionam como outros tantos centros reflectores, — affirmação que foi contrariada pelas experiencias de Schiff.

A maioria dos physiologistas collocam o centro que preside a secreção salivar no bulbo; mas pode-se admittir que este centro esteja collocado mais acima, porque, segundo Cl. Bernard, quando se fere a ponte de Varole observa-se uma secreção abundante da glandula sub-maxillar.

Beaunis observou que a cauterisação electrolitica da base do cerebro, na região do 3.º ventriculo, no coelho, produzia uma salivação abundante. Bochefontaine, faradisando certos pontos da substancia parda do cerebro, obteve um affluxo de saliva na glandula sub-maxillar.

Mechanismo da secreção salivar. — Está estabelecido por numerosas experiencias devidas aos physiologistas mais eminentes que a influencia nervosa regula a circulação das glandulas salivares, assim como as condições da filtração do plasma sanguineo.

Mas o sangue que em maior ou menor quantidade afflue a esses orgãos secretores não faz senão fornecer os materiaes proprios á elaboração da saliva, estando o preparo d'esse liquido commettido a actividade especial dos cellulas epitheliaes das glandulas.

Heidenhain e Ranvier procurando penetrar na intimidade d'esse acto physiologico, fizeram a respeito investigações interessantes sobre a glandula sub-maxillar.

Ha nos fundos de sacco da glandula sub-maxillar duas especies de cellulas epitheliaes secretoras: umas globulosas e outras granulosas menores do que aquellas.

Quando pela excitação da corda do tympano se obtem, depois d'algumas horas, uma certa quantidade de saliva, notam-se modificações sensiveis no conteudo dos fundos de sacco glandulares, modificações que se traduzem pelo desapparecimento das cellulas mucosas, de modo a permittir que só se observem as cellulas granulosas.

Heidenhain acredita que esses elementos são destruidos para formar a materia de secreção e que os seus destroços escapam-se com a saliva.

Mas Ranvier reconheceu que, sob a influencia d'uma secreção abundante, os fundos de sacco diminuem de diametro e que as cellulas mucosos esvaziam pouco a pouco o seu conteudo, mas sem se destruirem.— Expulsando a substancia mucosa que as tornava grandes e transparentes, ellas se transformam em cellulas granulosas. D'onde se póde concluir que o producto secretado pela glandula sub-maxillar, assim como pelas outras, provem de suas cellulas epitheliaes, mas que para formal-o, ella abandona simplesmente a materia elaborada em seu interior.

TERCEIRA PARTE

INDICAÇÕES DA EXTIRPAÇÃO

Calculos — A presença no interior da glandula sub-maxillar de grande quantidade de calculos, constitue uma indicação para a ablação d'esse orgão, mormente quando, em consequencia de taes calculos, já se observa a hyperthrophia ou a sclerose.

Os calculos em quantidade consideravel, tornam a glandula sub-maxillar dura, desegual, bosselada e simulam um chondroma, com o qual facilmente podem ser confundidos.

É o catheterismo do canal de Warthon que, n'este caso, esclarece o diagnostico, permittindo que se tenha a sensação d'um corpo duro, consistente, no interior da glandula, na hypothese de tratar-se d'um caso de calculos.

A existencia d'esses calculos, que representam o papel de corpos estranhos, póde ser explicada de dous modos differentes : ou por uma alteração dos saes calcareos que a saliva normalmente contem ou por corpos estranhos de tamanho insignificante, que, insinuando-se pelo canal de Warthon, chegam até a glandula e ahi constituem-se nucleos de depositos salivares, á semelhança do que se observa na bexiga.

Se o numero de calculos fôr limitado, se apenas observar se um ou dous, por meio de incisões podem ser extrahidos.

Tuberculose. — A tuberculose das glandulas nunca foi observada clinicamente, tendo, no entretanto, Valude conseguido, no coelho,

tornar victima d'esta molestia a glandula sub-maxillar, por meio da inoculação directa de materia e de cultura tuberculosas.

Nos ganglios lymphaticos, que mantem com a glandula relações intimas, a tuberculose tem sido observada, principalmente nas crianças.

Tumores. — São os tumores as entidades morbidas que, com mais frequencia, indicam a extirpação da gandula sub-maxillar.

Esses tumores, n'estes ultimos tempos, tem sido estudados d'um modo mais particular, principalmente depois do impulso que a autoridade de Verneuil imprimio a esse estudo.

Comparados com os que frequentemente se observam na glandula parotida, esses tumores são relativamente pouco communs.

Antes de entrar no estudo d'elles, convem chamar a attenção para um facto que póde conduzir a um erro lastimavel de diagnostico.

Refiro-me á tumefação subita da glandula occasionada pela obstrucção do canal de Warthon por um corpo estranho. Augmentando a glandula de volume em consequencia da saliva que em seu interior se accumula, é facil considerar-se essa tumefação como um tumor, que absolutamente não existe. Muitas vezes em consequencia da irritação produzida pelo corpo estranho, o canal se inflamma, propagando-se a inflammação até a glandula.

O apparecimento subito da dor, que, ás vezes, é intoleravel, e a rapidez com que os phenomenos de inflammação se apresentam, são symptomas que devem levar o clinico a pensar na probabilidade d'um corpo estranho.

O professor Tillaux, em seu magnifico tratado de Cirurgia Clinica, cita o caso d'um individuo que, durante a refeição, foi victima d'um facto d'esta ordem, desapparecendo todos os symtomas, logo apóz ao catheterismo do canal de Warthon por meio de um stylete muito fino.

Em presença d'um tumor situado na região da glandula submaxillar, dous problemas tem o cirurgião que resolver: 1.° saber se é a glandula a sede do neoplasma; 2.° qual a sua natureza.

Os ganglios lymphaticos que habitam a loja da glandula sub-

maxillar contrahem com ella relações tão intimas, que, muitas vezes, é difficil, senão impossivel, distinguir se um tumor se acha assestado sobre os ganglios ou sobre a glandula.

Ha, no entretanto, meios com o auxilio dos quaes podemos, em muitos casos, orientar o nosso espirito ácerca d'esta questão. São esses meios que vamos passar em revista.

Os ganglios lymphaticos estão ordinariamente collocados atraz da glandula, entre esta e o angulo do maxillar, de modo que um tumor ganglionar não occupa precisamente a mesma séde anatomica da glandula. Se, portanto, examinando um tumor d'essa região, verificarmos que elle está situado em um ponto mais proximo do angulo do maxillar que do mento, concluiremos, com probabilidade de acerto, que é ganglionar; e se occupar a parte media do espaço comprehendido entre o mento e o angulo do maxillar, devemos ter presumpções de que é glandular.

O exame do canal de Warthon fornece um outro meio, pelo qual o diagnostico póde ser esclarecido. Se a saliva absolutamente não se escoar pelo canal do lado correspondente áquelle em que se acha o tumor, deve-se admittir que a sua séde é a glandula, que já se acha degenerada.

Se a ausencia de saliva permitte uma conclusão positiva ácerca da localisação do tumor, a presença não autorisa a conclusão opposta, isto é, que a glandula não está accommettida, porque o parenchyma da glandula não estando destruido, mas apenas recalcado, continua a funccionar, apesar do estado já morbido do orgão a que elle pertence.

Vê-se, portanto, que esse meio de diagnostico, em certos casos tem uma importancia consideravel, porque revelando a privação da funcção denuncia a não integridade anatomica do orgão; mas que, em outros casos, é nulla completamente a sua importancia.

Um outro meio que sobre esta questão póde projectar alguma luz é a marcha da molestia.

Um tumor ganglionar se desenvolve, em geral, rapidamente, attingindo, ás vezes, em alguns dias um volume consideravel; ao passo

que um tumor primitivo da glandula sub-maxillar, á excepção do cancer, se desenvolve lenta e gradualmente, assim como os da parotida e os da mamma. Depois de mezes e até mesmo de annos, um tal tumor attinge apenas a um volume que um ganglio póde adquirir em algumas semanas. Alem d'isso, o tumor da glandula não offerece, quanto ao volume, as oscillações proprias dos tumores ganglionares.

O diagnostico ainda póde ser esclarecido pelo facto de serem os tumores ganglionares raramente unicos, encontrando-se quasi sempre diversos agglomerados ou disseminados, ao passo que o tumor da glandula é sempre unico.

Esse elemento de diagnostico, assim como os outros não póde conduzir o clinico a uma conclusão positiva, porque é commum observar-se o caso em que não só os ganglios como tambem a glandula foram invadidos pelo neoplasma, mormente tratando-se do cancer.

Ora, n'essa hypothese, esse factor diagnostico, permitte uma affirmação que absolutamente não se coaduna com a realidade do facto clinico.

Sempre, portanto, que encontrarmos tumores multiplos n'essa região, não devemos, dando a esse ultimo elemento de diagnostico um valor absoluto, concluir immediatamente que a glandula não é séde da localisação morbida; n'este caso, é forçoso proseguir no exame com cuidado meticuloso, pondo em contribuição os outros elementos de diagnostico, afim de vêr se conseguimos a solução do problema, que pretendemos resolver.

Talazac em sua these de doutoramento sobre tumores da glandula sub-maxillar apresenta um outro meio, pelo qual se chega ao conhecimento da localisação do tumor e a que elle diz ter recorrido diversas vezes.

É o seguinte : Faz-se uma incisão na pelle ao nivel do tumor, que, descoberto, é apprehendido por meio de pinças ; colloca-se um stylete sufficientemente fino no canal de Warthon, e, em seguida, tomando-se as pinças, imprime-se ao tumor movimentos diversos. Se durante esta manobra o stylete executar movimentos

analogos aos que são communicados á glandula, concluiremos que é sobre esta que se assesta o neoplasma ; no caso contrario, que outro é o orgão accommettido.

Esse elemento de diagnostico apezar de dar bom resultado não tem sido empregado por ser pouco pratico. A edade e a constituição do doente são factores a que tambem se deve attender, porque sabe-se que a mocidade e o lymphatismo depõem em favor d'um tumor ganglionar.

Se os symptomas que acabamos de passar em revista, isoladamente, cada um de per si, tem um valor diagnostico pouco concludente, comprehende-se que, dada a hypothese de serem todos verificados n'um mesmo doente, devemos ter, senão certeza absoluta, pelo menos, presumpções muitos fortes acerca da séde do tumor.

Neste caso, como em todos os outros, o processo posto em pratica é sempre o mesmo para chegar-se á solução do problema, cuja incognita é o diagnostico : É pela verificação, senão de todos, pelo menos, de alguns dos symptomas que as molestias apresentam, que se chega a individualisal-as, estabelecendo-se a differenciação entre ellas.

Rara é a especie morbida que só por um symptoma é diagnosticada, convindo observar mesmo que alguns dos symptomas que os autores consideram como pathognomicos não deveriam merecer esta denominação.

Vamos nos occupar agora da 2.ª questão, isto é, a de saber qual a natureza do tumor.

Os tumores da glandula sub-maxillar são liquidos ou solidos. Não faço entrar n'esta divisão, os tumores gazosos, de que a glandula parotida raramente é passivel, só tendo conhecimento d'um caso referido pelo professor Tillaux no seu livro de Cirurgia Clinica, já citado, porque em toda a litteratura medica concernente a este assumpto não encontramos um caso siquer de semelhantes tumores, assestados sobre a glandula sub-maxillar.

Dos tumores liquidos só trataremos do kysto, não fazendo comprehender n'este grupo o aneurisma, que accommette a glandula parotida, mas que não nos consta ter sido observado na glandula

sub-maxillar, o que aliás é explicado pela vascularisação das duas especies de glandulas.

O kisto, relativamente commum na glandula parotida, é raro na sub-maxillar, onde é geralmente de natureza sanguinea, constituindo um tumor liso, regular, de consistencia uniforme, fluctuante e indolente.

TUMORES SOLIDOS. — Os tumores d'esta natureza assestados sobre a glandula sub-maxillar são divididos pelos autores em malignos e benignos.

Esta divisão é defeituosa e absolutamente não satisfaz, porque não é raro observar-se um tumor, que em uma certa epocha é benigno, mais tarde tornar-se maligno, em virtude de certas transformações que n'elle podem se operar.

A melhor classificação, mesmo por ser aquella que mais se coaduna com o ponto de vista especial d'este trabalho, é a que divide esses tumores em encapsulados e não encapsulados.

Os primeiros são os que apresentam-se moveis, isolados, sem adherencias com as partes subjacentes; os segundos são os que se fundem com os tecidos circumvisinhos, com os quaes contrahem taes adherencias, que muitas vezes difficil se torna isolal-os.

Os encapsulados, geralmente de natureza benigna, são representados pelos adenomas, sarcomas, chondromas, mixomas e lymphomas; sendo estes, pelo menos, os que se encontram com mais frequencia; os não encapsulados, geralmente de natureza maligna, são representados pelo carcinoma, que é o mais communmente observado, pelo lipoma profundo e pelo angioma.

Estas diversas especies de tumores, cuja differenciação clinica rigorosa só póde ser feita por meio do microscopio, raramente são encontradas em pureza e na sua localisação á glandula sub-maxillar nada apresentam de particular quanto a pathogenia nem quanto a anatomia pathologica, apresentando n'esta parte do organismo os mesmos caracteres pelos quaes se denunciam em outras regiões.

Se bem que pelo exame dos caracteres clinicos não se possa

chegar a uma certeza absoluta a respeito da natureza individual d'esses tumores, certeza que só o exame microscopio faculta, muitas vezes a investigação cuidadosa d'esses caracteres permitte presumpções, que, ás vezes, exprimem a verdade, mormente quando o neoplasma já se acha n'um estado adeantado da sua evolução.

Estudemos separadamente, d'um modo particular cada um d'esses tumores.

Nas primeiras phases do seu desenvolvimento, os diversos tumores da glandula sub-maxillar, apresentam mais ou menos os mesmos caracteres, tornando-se, então, muito difficil determinar-se a sua natureza apenas com o auxilio dos meios pelos quaes elles se revelam.

O doente sente na fosseta sub-maxillar, para dentro e para baixo do angulo do maxillar, a existencia d'um tumor, cujo volume oscilla entre o d'um feijão e o d'uma noz, fazendo, na extensão da cabeça, uma saliencia apreciavel á vista, rolando sobre o dedo, pouco ou nada doloroso e não determinando nenhum incommodo funccional.

Só mais tarde, quando o tumor, em virtude da evolução que lhe é propria, apresenta um volume maior, é que os caracteres, dependentes da predominancia d'um dado tecido, se accentuam.

Se o tumor é liso, regular, movel, se desenvolveu-se muito lentamente e se, apezar do tempo longo que levou a evoluir, apresenta um volume relativamente pequeno, é provavel que se trate d'um adenoma. O lymphoma apresenta-se com os mesmos symptomas, mas além de ser muito raro é difficilmente unico.

Se o tumor é duro, irregular, bosselado, movel, se o seu crescimento é lento e indolente, mas se o seu volume já attinge ao d'um ovo de gallinha, deve-se pensar na existencia d'um chondroma.

Se o tumor tem uma marcha um pouco mais apressada, se é de consistencia desegual, apresentando-se molle em certos pontos e mais consistente em outros, a presumpção é que se trata d'um sarcoma.

Sendo o tumor não encapsulado e de natureza maligna é muito

provavel que se trate d'um carcinoma, que é, d'entre os d'este grupo, o mais commum.

O lipoma profundo observado, posto que raramente na parotida, cremos não ter sido ainda encontrado na glandula sub-maxillar.

Estes tumores não são moveis e parecem fazer corpo com a glandula, no entretanto, não são malignos, distinguindo-se facilmente do cancer pela lentidão de sua marcha e por serem completamente indolentes.

O angioma, que acreditamos não tem sido ainda observado na glandula sub-maxillar, pela sua consistencia pastosa se denunciaria.

Os carcinomas são os tumores que menos mobilidade apresentam e que contrahem com os tecidos visinhos mais fortes adherencias, as quaes, ás vezes, são tão extensas e profundas que contra-indicam a extirpação da glandula.

N'esses tumores os ganglios apresentam-se engorgitados, tumefactos e duros, o que não se observa nos outros.

Além dos tumores de que acabamos de nos occupar existem ainda os chamados mixtos. São estes os mais communs, podendo-se affirmar que muitos casos capitulados com outras denomiações, deviam ser incluidos n'esta classe.

Esses tumores têm sido descriptos com nomes diversos. Assim, Dolbau, pelo facto de ter encontrado nucleos cartilaginosos em seu interior, os descreveu com a denominação de cartilaginosos. Broca os chamou adenomas por ter encontrado em seu interior, tubos assemelhando-se a glandulas.

A presença, em muitos casos, de massas francamente sarcomatosas e a rapidez de evolução que d'ahi resulta, justificou o nome de sarcomas e de chondro-mixo-sarcomas, como o fez Virchow.

Esta ultima denominação, apezar de prolixa, não corresponde á realidade, porque, como observam Cornil e Ranvier, encerrando esses tumores tambem epithelio glandular e vasos de nova formação, dever-se-ia chamal-os de epithel-angio-chondro-mixo-sarcomas, a

querer designal-os d'accordo com os diversos tecidos que entram na sua constituição.

E essa denominação ainda seria defeituosa, porque em muitos d'esses tumores tem-se observado grãos osseos e mesmo tecido muscular estriado.

A' vista da diversidade de tecidos que podem fazer parte da constituição d'esses tumores, parece que a denominação de tumores mixtos é a que mais convém, porque, além de curta, indica bem a complexidade de tecidos que n'elles se podem observar.

Esses tumores tem volumes muito variaveis, assim como a consistencia, podendo ser molles ou solidos.

A evolução d'esses tumores é muito variavel, o que se explica pela complexidade e diversidade de tecidos que entram na sua constituição.

A etiologia é ainda pouco conhecida.

Monod e Arthaud, admittem a inclusão, nas glandulas salivares, de massas cellulares destacados das folhas embryonarias, massas que tornam-se ulteriormente, segundo a hypothese de Cohnheim, o ponto de partida d'esses tumores.

QUARTA PARTE

EXTIRPAÇÃO

Esta operação, apezar de ser indicada desde epocha muito remota, só ha poucos annos, começou a ser praticada em maior escala e com certo desembaraço.

Os autores antigos Galeno, Celso, Loder, etc. apenas vagamente fallam da extirpação da glandula sub-maxillar, não referindo nenhum caso em que ella tivesse sido praticada.

Boyer cita alguns casos de extirpação de tumores squirrhosos dos ganglios lymphaticos d'essa região, mas não refere caso algum de extirpação da glandula, que elle considerava como inaccessivel a accommettimentos morbidos que podessem produzir a sua alteração.

Larrey, em 1818, consegue extirpar com resultado a glandula, assim como os ganglios sub-maxillares.

Velpeau, em 1825, traça as regras para a ablação dos tumores d'essa região, mas, como Boyer, não acreditava que a glandula podesse ser séde d'um processo de degenerescencia.

Richet, em 1826, narra um caso d'extirpação da glandula observado no serviço de Blandin e nos diz que a operação foi muito laboriosa.

Goyrand d'Aix, em 1835, affirma ter extirpado com successo a glandula sub-maxillar e ao mesmo tempo a parotida. Este caso é por demais curioso, porque a ablação da parotida sendo ainda hoje uma

operação quasi impraticavel pelas difficuldades que apresenta e pelos perigos que offerece, é inacreditavel que ella podesse ser effectuada com exito e simultaneamente com a da extirpação da glandula sub-maxillar, na epocha em que Goyrand a praticou.

Waren, cirurgião americano, em 1830, diz ter, com resultado feliz, praticado a operação de que nos occupamos e em 1836 publica a observação d'um caso em que o doente succumbiu victima da hemorrhagia, caso não operado por elle, mas por um outro cirurgião, cujo nome não declina.

N'essa mesma epocha, Beguin, Sedillot e Larrey praticam a extirpação dos ganglios sub-maxillares pelo processo anteriormente indicado por Velpeau, mas absolutamente não falam na extirpação da glandula.

Sicherer, em 1837, cita laconicamente um caso em que elle diz ter extirpado a glandula.

Petrunti, em 1839, refere o caso de ablação d'um tumor situado no espaço milo-hyoideo, mas é tão pouco claro na sua descripção, que não se sabe se elle extrahiu os ganglios, a glandula, ou todos esses orgãos.

No mesmo anno, Savournin publica dous casos d'extirpação da glandula.

Calon, em 1841, apresenta á Academia de Sciencias de Paris, uma memoria sobre esta operação, memoria sobre a qual Larrey leu um parecer.

Jobert de Lamballe, em 1849, annuncia ter feito a ablação da glandula em virtude de cancer n'ella assestado e por meio d'um processo, que adiante descreveremos.

Demarquay e Sedillot, em 1864, praticam a extirpação da glandula, tornada cancerosa.

Finalmente, Verneuil systematisa esta operação, que elle teve occasião de praticar innumeras vezes, e para a qual deu um processo seu.

Foi depois que Verneuil chamou attenção para esta operação, que

ella começou a ser praticada pelos cirurgiões em maior proporção e sem receio.

Para esse resultado concorreram não só os progressos que a cirurgia tem realizado, como tambem o facto de serem mais bem estudados os tumores que sobre a glandula sub-maxillar se assestam e que, como precedentemente dissemos, constituem a maioria dos casos indicativos da operação em questão.

Passemos agora á descripção dos processos que têm sido empregados na pratica d'essa intervenção.

D'entre esses processos o primeiro que appareceu na sciencia foi o de Velpeau, que o descreveu do modo seguinte: O doente deitado em decubito dorsal deve ter a bocca fechada, o mento elevado, a cabeça voltada para traz e para o lado opposto áquelle que vae ser theatro da operação. A glandula ou o tumor é assim posto inteiramente a descoberto.

Para attingil-o, se a incisão em semi-lua ou horizontal não bastar, o cirurgião divide a pelle a principio desde o bordo do maxillar até o osso hyoide e em seguida transversalmente; disseca, afasta e revira os retalhos assim traçados; applica duas ligaduras na arteria facial se ella o encommodar muito e se não poder afastal-a, seccionando-a entre as duas ligaduras; mergulha uma erigna no corpo da glandula e a puxa para fóra e para cima e depois para traz e para baixo, destacando durante esses movimentos a pequenos golpes de bisturi a metade inferior ou a anterior, evitando cuidadosamente a arteria lingual e o nervo concumitante; procura atraz o tronco facial e o liga; faz dirigir a erigna para diante e para baixo, separa a massa morbida do lado da lingua e a extirpa sem difficuldade. Se se preferir começar ligando a arteria facial, deve-se dirigir sobre ella a primeira incisão, procural-a no ponto em que deve estar e ligal-a. Pode-se tambem não ligal-a, tomando a precaução de conserval-a intacta até o ponto por onde seus ramos penetram na glandula e comprehendel-os, como um pediculo, com uma forte ligadura.

Tal foi o processo empregado por Waren, Malgaigne, Goyrand, Larrey, etc., nas operações a que já alludimos.

Sicherer, Petranti e Colson preconisaram a incisão crucial ou em T, seguindo no mais as indicações de Velpeau.

O processo cuja descripção acabamos de fazer, é applicavel a todos os tumores da região supra-hyoidea, apenas com pequenas modificações, conforme nos diz o seu autor.

Vê-se, porem, pela descripção, que Velpeau referiu-se particularmente á extirpação da glandula sub maxillar, que, no entretanto, foi por elle considerada como inaccessivel a qualquer processo degenerativo, chegando mesmo a affirmar que os casos de cancer ditos da glandula sub-maxillar, deviam ser capitulados como de cancer dos ganglios lymphaticos.

Processo de Jobert de Lamballe.—A extirpação da glandula se faz pela cavidade buccal. A lingua sendo levada para cima e para traz, o cirurgião aprehende o tumor por meio de duas pinças uma collocada do lado interno, que é entregue a um ajudante e outra do lado interno que elle proprio mantem. No 1.° tempo da operação a mucosa buccal é dividida por uma incisão elliptica, abrindo, em seguida, o cirurgião o envolucro fibroso que envolve a glandula em toda sua extensão. No 2.° tempo, são despedaçados, por meio dos dedos, os laços fibrosos que unem o tumor ás partes visinhas e terminada a enucleação ou só com o auxilio dos dedos ou por meio d'um bisturi abotoado.

Este processo, cuja descripção resumida acabamos de fazer, nós o damos apenas como uma recordação historica, visto que elle se acha hoje completamente proscripto. Mesmo no tempo em que viveu o seu autor, cirurgião, aliás, d'autoridade reconhecida, esse processo foi pouco empregado.

A ausencia de hemorrhagia era o facto que o recommendava e pelo qual elle era preconisado pelo seu autor. Se na epocha em que esse cirurgião o imaginou e executou a hemorrhagia, cuja ausencia no processo que discutimos é duvidosa, porque comprehende-

se a possibilidade d'ella se dar, era motivo bastante forte para determinar a preterição do processo de Velpeau, hoje esse motivo de preferencia perdeu a sua razão de ser, não só porque a hemorrhagia póde, muitas vezes, ser evitada, como porque com facilidade é dominada, quando sobrevem. Além d'isso, esse processo não é geral, só podendo e só tendo sido applicado nos tumores de volume reduzido.

Processo de Verneuil. — Deitado o doente em decubito dorsal, anesthesiado pelo chloroformio e estando já preparado o instrumental necessario á operação um ajudante inclina a cabeça do lado são, um 2.º levanta o mento para cima e para traz e um 3.º abaixa a espadua do lado doente. O cirurgião, collocado do lado em que se acha assestado o tumor, começa a operação fazendo uma incisão curvilinea de convexidade inferior, cuja extensão será variavel conforme o volume do tumor, mas acompanhando. d'alguma sorte, a curvatura da região sub-maxillar, de modo que a base do eixo ou da corda da circumferencia corresponda ao bordo do maxillar e que a flecha ou a perpendicular a esta corda vá dividir a curva inferior representada pela incisão em duas partes eguaes.

Obtem assim um retalho que elle disseca attenta e cuidadosamente e que é levantado de baixo para cima e de traz para diante do lado do maxillar. Em seguida, o cirurgião incisa lentamente o fascia superficialis, o cuticular, a aponevrose cervical e chega ao envolucro fibroso que cerca a glandula sobre o qual dá na parte superior alguns golpes de bisturi. Deixa então este instrumento e isola o tumor, despedaçando os laços fibrosos que o ligam aos tecidos circumjacentes, ou com os dedos ou com um instrumento rhombo. N'esta occasião, descobre a arteria facial, isola-a, com uma agulha de Deschamps, passa um fio duplo sob ella, liga-a em dous pontos differentes, entre os quaes secciona. Se a veia o encommodar, deve ser ligada do mesmo modo, assim como os tractos fibrosos que forem suspeitos por poderem conter ramos arteriaes ou mesmo venosos. Depois de ter assim ligado e seccionado o vaso ou os vasos na parte superior do tumor, continua a isolal-o, mas sempre com os dedos ou com um

instrumento rhombo. Se encontrar difficuldade em introduzir o dedo atraz do tumor, deve apprehender a sua parte superior com uma pinça ou com uma erigna, de maneira a puxal-o para baixo e para fóra. Entregando, em seguida, a pinça ou a erigna a um ajudante que deve continuar a manter uma tracção moderada, passa o dedo indicador da mão direita atraz da glandula, desfaz as adherencias fibrosas que a retem na loja e procura libertal-a tanto quanto possivel. Ao mesmo tempo imprime á massa morbida movimentos diversos e repetidos, de modo a facilitar o seu desprendimento.

Desde que a glandula se acha apenas presa do lado da parte posterior e externa por um pediculo fibroso, comprehendendo a arteria e a veia maxillares externas, no caso em que estes vasos já não tenham sido precedentemente ligados, lança sobre este pediculo duas ligaduras com a agulha de Deschamps, praticando a secção entre ellas e determinando assim a libertação do tumor sem a menor hemorrhagia.

Quanto ao curativo da ferida operatoria Verneuil procedia de modo consoante com a pratica de seu tempo: collocava na ferida e entre seus labios fios embebidos em alcool phenicado e por cima uma compressa, sendo o todo mantido por uma atadura que exercia uma ligeira compressão.

O doente era deitado no leito sobre o lado doente para favorecer com esta posição o escoamento de pús e com a cabeça um pouco mais baixa do que o tronco.

O processo de Verneuil, cuja descripção acabamos de fazer, é, nas suas linhas geraes, o mesmo que Velpeau havia concebido e descripto — Um simples cotejo entre os dous processos prova a nossa asserção.

O de Verneuil é o empregado hoje pelos cirurgiões na pratica da operação de que nos occupamos; não, observando rigorosamente todas as indicações prescriptas por aquelle illustre cirurgião, mas introduzindo modificações decurrentes não só da diversidade dos casos

clinicos, como tambem dependentes dos progressos que a cirurgia tem alcançado e que se reflectem sobre todas as operações.

Principalmente, na parte relativa ao curativo da ferida operatoria, a pratica de Verneuil, que no tempo em que elle descreveu o seu processo era a que se applicava a todas as operações, é muita atrazada.

Hoje nenhum cirurgião digno d'esse nome a emprega, porque graças aos methodos antisepticos, ninguem teme mais os perigos de que fallava Broca, referindo-se ás tentativas de cicatrisação por 1.ª intenção.

Incorreria no labéo de ignorante e direi mesmo de criminoso, o cirurgião que após a ablação da glandula sub-maxillar, assim como de qualquer tumor em que houvesse integridade da pelle, não suturasse os labios da ferida operatoria, confiante n'uma cicatrisação por primeira intenção.

Temos convicção absoluta de que, n'este particular, Verneuil já não procedia de modo semelhante ao descripto no seu processo, já não procurava dar ao seu operado uma posição que facilitasse o escoamento do pús, porque elle que, infelizmente, já não vive, tendo fallecido este anno, assistiu á evolução brilhante e rapida que soffreu a cirurgia n'este ultimos annos, — evolução occasionada principalmente pelos trabalhos de Pasteur sobre os micro-organismos e dos quaes Lister tirou a primeira consequencia com a descoberta do curativo que recebeu o seu nome.

Foi principalmente Pasteur quem com suas descobertas estupendas no mundo dos infinitamente pequenos, rasgou horisontes largos á cirurgia, desbravou-lhe o caminho até então obstruido e forneceu-lhe a base solida onde ella poude assentar o edificio do progresso, de que hoje se orgulha.

Sirva esta referencia ligeira de tributo d'admiração sincera e de homenagem merecida a esse homem genial, cuja morte acaba de enlutar o mundo medico em particular e em geral a humanidade, da qual elle foi um bemfeitor.

A hemorrhagia era um accidente muito temido pelos autores an-

tigos e muito concorria para que elles hesitassem em praticar a operação que é assumpto da nossa dissertação.

Foi provavelmente meditando nos meios de remover esse accidente, que Jobert de Lamballe teve a idéa de crear e pôr em execução o seu processo, que elle apresentava como evitando o perigo que a intercurrencia d'aquelle accidente podia trazer á operação.

Waren, n'uma observação que publicou chamou muito a attenção para a hemorrhagia e citou mesmo um caso, a que já nos referimos, em que o doente succumbio horas depois da operação, victima d'uma hemorrhagia que sobreveiu.

No processo mesmo de Verneuil ha o conselho de ligar-se a arteria facial em dous pontos antes de seccional-a.

Não vemos motivo para tanto receio de hemorrhagia na extirpação da glandula sub-maxillar, porque na hypothese mesmo de dividirmos, sem proposito, a arteria facial ou qualquer arteriola que, pelo facto do neoplasma, possa ter calibre sufficiente para dar uma hemorragia perigosa, nos é facil, mormente graças ás pinças de Pean. que os antigos não possuiam, apprehendermos o vaso e o ligarmos.

Não se infira das nossas palavras que não devemos absolutamente nos preoccupar com a hemorrhagia ; ao contrario, acreditamos que é um accidente com o qual devemos contar e contra o qual devemos estar prevenidos. — O que queremos expressar por aquellas palavras é que tal accidente não deve nos preoccupar de modo a servir de obstaculo a pratica da operação, desde que para ella haja indicação ; e mais, que não temos necessidade de perder tempo procurando a arteria facial para ligal-a antes de seccional-a. — A nossa opinião é que os vasos devem ser ligados á medida que forem sendo seccionados ou que forem se apresentando á vista do operador.

Verneuil aconselha no seu processo que. depois de isolada quasi toda a glandula, se forme na parte posterior um pediculo que, só depois de ligado, deve ser seccionado. — Este conselho entendemos que não deve ser adoptado systematicamente.

No caso em que a glandula é sede de um tumor encapsulado, que não apresenta, portanto, adherencias ou que as apresenta em pe-

queno gráo, não vemos necessidade de se adoptar o conselho de Verneuil. — Se, porem, o tumor fôr não encapsulado e se apresentar adherencias fortes e profundas, é, então, prudente e muitas vezes de rigorosa necessidade, mormente se as adherencias existirem do lado dos troncos carotidianos, formar-se o pediculo.

A existencia d'esse pediculo, ainda n'este ultimo caso, só deve ser admittida quando houver impossibilidade absoluta de se desfazer todas as adherencias que o tumor tiver contrahido com os tecidos visinhos, porque nos parece que esse pediculo constituido á custa do tumor ou mesmo de adherencias do tumor vai ser o ponto de partida da reproducção da molestia.

A conclusão a tirar d'essa nossa apreciação é que o conselho de Verneuil, adoptado como pratica systematica, torna-se, em certos casos, inutil e até perigoso.

As considerações que acabamos de fazer ácerca das modificações que o processo de Verneuil comporta, nos foram suggeridas por duas operações que tivemos occasião de assistir na Casa de Saude dos Drs. Catta Preta, Marinho & Werneck e que foram praticadas pelo primeiro dos medicos citados.

Estas duas operações, que em observação ajuntamos ao final da nossa these, foram feitas por aquelle illustre e provecto cirurgião segundo o processo de Verneuil, porém com as modificações a que nos referimos nas considerações que fizemos a respeito d'esse processo.

A facilidade com que foram praticadas essas duas operações, o pouco tempo que ellas exigiram, a ausencia de hemorrhagia sem que vaso algum tivesse sido ligado préviamente, a não existencia do pediculo aconselhado por Verneuil, apezar de serem ambas as operações reclamadas por tumores cancerosos, foram as principaes circumstancias que despertaram a nossa attenção.

São as observações d'essas operações que passamos a dar como complemento da nossa dissertação.

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

A. B., de côr branca, casado, de nacionalidade portugueza, agricultor, com 55 annos de edade e morador á rua do Senado n. 156, entrou para a casa de Saude no dia 10 de Agosto de 1894.

Era portador de um tumor assestado na região supra-hyoidea, o qual, segundo referio o doente, datava apenas de 2 mezes, tendo no começo um volume que mal se percebia e havendo progressivamente augmentado, de modo a apresentar o tamanho de uma ameixa por occasião do exame.

Esse tumor era reproducção de um outro que se assestara no labio inferior e que havia sido operado em Novembro de 1893.

Esta séde da primeira localisação morbida se achava completamente sã, sem indicio absolutamente nenhum de reproducção da molestia, que, no seu segundo accommettimento havia escolhido a região sub-maxillar para por ella começar a sua obra de destruição.

Pelo exame cuidadoso a que se procedeu, verificou-se que o neoplasma havia invadido a glandula e os ganglios sub-maxillares e que se tratava de um carcinoma, que, por ser relativamente recente, não apresentava ainda adherencias muito notaveis.

Dous dias depois da entrada para o Hospital, chloroformisado o doente, foi elle operado pelo Conselheiro Catta-Preta, que extirpou-lhe a glandula e os ganglios sub-maxillares compromettidos pelo accommettimento morbido, tendo empregado o processo de Verneuil, com as modificações a que nos referimos precedentemente.

A operação correu perfeitamente bem, tendo sido a ferida operatoria fechada por pontos de sutura feitos com crina de Florença.

Houve cicatrisação por 1.ª intenção e o doente sahiu completamente restabelecido no dia 30 do mesmo mez.

SEGUNDA OBSERVAÇÃO

J. M. dos Santos, de côr branca, casado, de nacionalidade brazileira, tabellião, com 60 annos de edade, entrou para casa de Saude no dia 4 de Maio d'este anno com um tumor assestado no labio inferior e com um enfartamento ganglionar da região supra-hyoidéa.

Interrogado, referiu o doente que a molestia de que soffria havia começado ha mais ou menos um anno, tendo principiado por uma borbulha localisada no labio inferior e que, quanto ao enfartamento, apenas ha um mez o havia notado.

Feito o exame, verificou-se que se tratava de um carcinoma, que tendo começado em um ponto do labio inferior proximo á commissura esquerda a tinha já invadido, assim como a glandula e os ganglios sub-maxillares.

Logo no dia seguinte ao da sua entrada, foi o doente operado pelo Conselheiro Catta-Preta, que extirpou-lhe a porção do labio e a commissura compromettidas e em seguida a glandula e os ganglios invadidos.

A extirpação da glandula foi feita pelo modo já referido e a ferida operatoria fechada por pontos de sutura.

Ainda d'esta vez, a operação correu sem novidade, cicatrizando tanto a ferida do labio como a da região sub-maxillar por 1.ª intenção e sahindo o doente curado no dia 25 do mesmo mez.

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Physica

Gravidade

I

A gravidade, força em virtude da qual todos os corpos cahem na superficie da terra, é uma modalidade da attracção universal.

II

Em um mesmo ponto da superficie da terra, a gravidade é uma força constante, quer em sua direcção, quer em sua intensidade.

III

A gravidade é variavel nos diversos lugares, conforme a distancia d'esses lugares ao centro da terra e conforme a intensidade da força centrifuga, — originada pelo movimento de rotação da terra.

Cadeira de Chimica

Atomos

I

Segundo a theoria atomica. que é a dominante em chimica, os atomos são indivisiveis.

II

Esta noção importa em um limite a divisibilidade da materia.

III

Esta divisibilidade considerada de um modo concreto comprehende-se que seja limitada; no dominio da abstracção, porém, o espirito não encontra limites para ella.

Cadeira de Botanica e Zoologia

Das funcções respiratoria chlorophiliana dos vegetaes

I

Nos vegetaes a funcção respiratoria é antagonica da funcção chlorophiliana.

II

A 1.ª fixa o oxigeno e exhala CO^2: é perfeitamente analoga á dos animaes.

III

A 2.ª, que só tem lugar nas partes verdes e em presença da luz, fixa o CO^2 atmospherico e o decompõe, retendo o carbono para as suas necessidades e desprendendo o oxygeno.

Cadeira de Chimica organica

Divisão da chimica

I

A divisão da chimica em mineral e organica, opoiava-se outr'ora em uma base scientifica, porque admittia-se que os corpos mineraes podiam ser submettidos a analyse e a synthese, mas que os organicos só podiam ser analysados, sendo a sua synthese só realizada pelo que chamavam a força vital.

II

Foi Wœhler quem em 1828, operando a synthese da uréa, mostrou a base falsa em que se apoiava aquella divisão.

III

De então para cá a divisão da chimica em mineral e organica é apenas admittida como uma necessidade didactica.

Cadeira de Anatomia descriptiva

Da glandula sub-maxillar

I

A glandula sub-maxillar constitue um annexo do apparelho digestivo.

II

A sua innervação é fornecida por filetes que partem do grande sympathico e por um outro que se desprende da corda do tympano.

III

O seu systema arterial é constituido por arteriolas fornecidas pelas arterias facial e submental.

Cadeira de Histologia

Tecido epithelial

I

O tecido epithelial, ao qual pertence a epiderme, acha-se comprehendido no grupo dos tecidos cellulares.

II

Duas são as principaes variedades de epithelio: o pavimentoso e o cylindrico.

III

As cellulas epitheliaes, desprovidas de vasos e nervos, se nutrem por imbibição, o que explica a vida rudimentar que ellas tem.

Cadeira de Physiologia

Secreção das glandulas salivares

I

A secreção das glandulas salivares acha-se sob a dependencia immediata do systema nervoso.

II

É por meio de um acto reflexo que o systema nervoso actua sobre as glandulas.

III

A glandula sub-maxillar é influenciada diversamente, conforme essa influencia é exercida pelo pneumogastrico ou por um nervo cerebral.

Cadeira de Pathologia geral

Da herança

I

A herança representa papel importante na etiologia das molestias.

II

A transmissibilidade das molestias por herança não é fatal.

III

Deve-se considerar a influencia exercida não só pelos ascendentes proximos, como tambem pelos antepassados.

Cadeira de Anatomia e physiologia pathologicas

Do paludismo

I

As lesões mais importantes do paludismo, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, são a inflammação de figado e a de baço.

II

Em seguida, temos a considerar os pigmentos e principalmente o melanico.

III

Finalmente, devemos attender á diminuição dos globulos sanguineos.

Cadeira de Chimica analytica e toxicologica

Apparelhos de Marsh

I

O apparelho de Marsh é muito empregado nas questões medico-legaes e tem por fim isolar o arsenico d'um composto toxico, obtendo-o sob a forma de manchas e anneis.

II

Este apparelho é dotado de grande sensibilidade; basea-se na formação do hydrogeno arseniado e é capaz de revelar o mais ligeiro traço de arsenico.

III

Obtida a mancha, o perito deve ainda submettel-a a certos tratamentos, que dão lugar a nova ordem de indicações positivas.

Cadeira de Clinica propedeutica

Da percussão e da escuta

I

A percussão e a escuta são dous meios poderosos de diagnostico das molestias.

II

A percussão póde ser feita ou por meio do plessimetro e do martello, ou por meio dos dedos.

III

A escuta póde ser obtida directamente pelo ouvido do clinico ou indirectamente por meio do stetoscopio.

Cadeira de Clinica dermatalogica e syphiligraphica

Da syphilis

I

A syphilis é uma molestia infectuosa.

II

Na sua evolução distinguem-se tres periodos dintinctos: primario, secundario e terciario.

III

Os preparados de mercurio e o iodureto de potassio são os agentes therapeuticos mais efficazes contra os seus accidentes.

Cadeira de Pathologia medica

Da febre amarella

I

A febre amarella é uma molestia infecto-contagiosa.

II

Apezar dos estudos que sobre ella tem sido feitos, não se conseguio descobrir um tratamento especifico.

III

Os diversos tratamentos empregados são symptomaticos.

Cadeira de Pathologia cirurgica

Do choque traumatico

I

O choque traumatico se observa geralmente nos traumatismos graves.

II

O pulso e a temperatura são os dous elementos a que se deve attender, para julgar-se do estado do doente.

III

As injecções de serum artificial constituem o melhor tratamento para o choque traumatico.

Cadeira de Materia medica, pharmacologia e arte de formular

Rubiaceas

I

A familia dos rubiaceas é uma das que fornecem á medicina plantas medicinaes importantes.

II

D'entre as plantas mais importantes d'essa familia, destacam-se as quinas, a ipecacuanha e o café.

III

As quinas só por si bastavam para dar importancia a essa familia.

Cadeira de Clinica cirurgica (2.ª cadeira)

Dos aneurismas

I

Sob o ponto de vista do tratamento os aneurismas dividem-se em medicos e cirurgicos.

II

Os cirurgicos reclamam, em geral, uma intervenção, havendo, no entretanto, casos de cura expontanea registrados na scieneia.

III

A ligadura e a extirpação são os meios de que lança mão o cirurgião para cura dos aneurismas.

Cadeira de Clinica ophthalmologica

Da blepharoplastia

I

A blepharoplastia é a operação que consiste em reparar a palpebra.

II

É empregada nos casos em que ha destruição total ou parcial da palpebra.

III

É executada por meio de um retalho cutaneo.

Cadeira de Operações e apparelhos

Dos calculos vesicaes

I

Os calculos vesicaes são extrahidos ou por meio da lithotricia ou por meio da talha.

II

O 1.° processo operatorio, em geral, só dá resultado quando o calculo é pequeno.

III

D'entre os processos de talha, os autores preconisam a hypogastrica como a que deve ser preferida.

Cadeira de Anatomia medico-cirurgica e comparada

Da glandula sub-maxillar

I

Aglandula sub-maxillar é o orgão mais importante da região supra-hyoidea-lateral.

II

Esta glandula não existe ou è rudimentar nos animaes em que a gustação não se exerce.

III

Este facto prova o fim especial a que se destina a secreção d'esta glandula.

Cadeira de Therapeutica

Dos anesthesicos

I

Os anesthesicos são agentes therapeuticos que gozam da propriedade de produzir a insensibilidade geral e a resolução muscular.

II

A anesthesia póde ser geral ou local.

III

Dos processos empregados na anesthesia geral o melhor é o mixto, que consiste no emprego do chloroformio e da morfina. Como anesthesicos locaes a cocaina e o chlorureto d'ethyla são os mais empregados.

Cadeira de Clinica cirurgica (1.ª cadeira)

Tumores das glandulas parotida e sub-maxillar

I

Os tumores da glandula parotida são mais communs que os da glandula sub-maxillar.

II

Os primeiros são mais difficilmente extirpados do que os segundos.

III

Diante de um tumor assestado na região sub-maxillar, o cirurgião deve em 1.º lugar saber qual a sua séde precisa, em 2.º, qual a sua natureza.

Cadeira de Clinica medica (2.ª cadeira)

Dilatação aortica

I

Na etiologia da dilatação aortica devemos procurar saber se ella é primitiva, de origem rheumatismal, ou se é secundaria, dependente da arterio-sclerose.

II

O prognostico da que é primitiva depende dos ninhos effectados.

III

A secundaria é muito mais grave do que a primitiva.

Cadeira de Clinica pediatrica

Do rachitismo

I

O rachitismo accommette as crianças, geralmente na epocha da 1.ª para 2.ª dentição.

II

O máo regimen alimentar e outras condições debilitantes são as suas causas mais predisponentes do rachitismo.

III

Esta affecção, que ataca de preferencia o esqueleto tem symptomas muito variados.

Cadeira de Hygiene

Destruição do lixo

I

Ha diversos processos empregados para a destruição final do lixo.

II

D'entre esses processos, tres disputam a primazia: o que applica o lixo á agricultura, o que o incinera sem catagem prévia e o que o incinera com catagem prévia.

III

D'entre esses tres o ultimo é o melhor, porque consegue remover os inconvenientes que os outros apresentam.

Cadeira de Medicina legal

Do infanticidio

I

Chama-se infanticidio o assassinato de uma criança recem-nascida.

II

O nosso codigo considera criança recem-nascida até o 7.° dia apoz o seu nascimento.

III

Do 7.° dia em diante, o crime de assassinato é considerado homicidio.

Cadeira de Obstetricia

Ruptura do perineo

I

O desprendimento da cabeça em occipito-sacra, occasiona quasi sempre uma ruptura do perineo.

II

As rupturas do perineo podem ser totaes ou parciaes.

III

A sutura immediata é o tratamento que deve ser instituido.

Cadeira de Clinica medica (1.ª cadeira)

Da nephrite intersticial

I

O coração fornece dous symptomas importantes para o diagnostico da nephrite intersticial: a accentuação da bulha aortica e o ruido de galope.

II

O ruido de galope traduz a hyperthrophia cardiaca.

III

A marcha irregular dos edemas na nephrite intersticial contrasta com a regularidade que se observa na nephrite parenchymatosa.

Cadeira de Clinica obstetrica e gynecologica

Da septicemia puerperal

I

A septicemia puerperal é determinada pela absorpção de productos toxicos elaborados pelo microbio septico nos orgãos da geração.

II

No emprego dos antisepticos deve consistir o tratamento d'esse processo morbido.

III

Como meio preventivo da septicemia puerperal a antisepsia, representada principalmente pelo bi-chlorureto de mercurio, representa ainda um methodo de grande valor.

Cadeira de Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

Das psychoses toxicas

I

Ao desvio permanente ou passageiro das faculdades mentaes produzido pela acção toxica dos diversos venenos denomina-se psychose d'origem toxica.

II

As mais frequentes d'essas psychoses são as produzidas pelo alcool, morphina, saes de chumbo, etc.

III

De todas as citadas a alcoolica é sem duvida a mais commum.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisite optima,

(Sect. 1.ª — Aph. 6.º).

II

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. 2.ª — Aph. 2.º).

III

Natura corporis in medicina principium studii.

(Sect. 2.ª — Aph. 7.º).

IV

Ex vigilia convulsio vel delirium, malum.

(Sect. 7.ª — Aph. 18.).

V

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. 2.ª — Aph. 6.º)

VI

Naturam morborum curationes ostendunt.

(Sect. 2.ª — Aph. 18.)

Visto. — Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 4 de Novembro de 1895.

Dr. Eugenio de Menezes.